

¿QUIEN DELIRA TRAS ESÉ YO QUE DELIRA?

(Interpretación libre de Foucault)

Un caso de Folie à deux

RESUMEN. El autor presenta un caso de un Trastorno Delirante compartido (Folie à deux) realizando un repaso bibliográfico y profundizando en el diagnóstico

VICTOR VERANO ZAPATEL.

Médico Forense Interino Juzgados de Miranda de Ebro y Briviesca (Burgos).

Comienza el caso con una denuncia ante la Policía en el que una mujer, H, de 41 años de edad, manifiesta que su hija, M, de 5, muestra desde hace tres meses un estado de nerviosismo con agresividad hacia ella; estado que ya presentó hace dos años y desapareció sin más consecuencias. Refiere que precisamente desde hace tres meses su hija recibe en el colegio la visita de dos hombres que ejercen sobre ella extrañas influencias haciéndose pasar, uno de ellos, por su padre; dichos hombres serían parapsicólogos y miembros de una secta. Afirmaba haber sido alertada de éstas visitas por la profesora de la niña y la Asociación de Padres de Alumnos. Entrevistadas éstas personas por la Policía negaron todo lo anterior por lo que desde Comisaría se dió cuenta al Juzgado.

Por las mismas fechas se recibió denuncia en el Juzgado en la que un matrimonio, MA y C, referían llevar dos años recibiendo llamadas telefónicas amenazantes a todas horas y según decían, éstas llamadas tendrían relación con una reunión que hacía dos años se vieron obligados a mantener con otro matrimonio en el bar del Camping en el que ambas parejas poseían una caravana donde pasaban sus vacaciones y fines de semana. Según MA y C "sus interlocutores" y promotores de la reunión eran H y E, su marido, de 40 años de edad.

¿Los hechos ó el juego del perseguido-perseguidor?:

H y E habían sido padres de M tras doce años de tentativas, dado que E era estéril, a través de un programa de inseminación artificial con semen de donante anónimo. Referían que ésta decisión les resultó sumamente dolorosa por su condición de católicos, que les generó grandes dudas de conciencia que solventaron, por fin, por sus intensos deseos de paternidad.

Tres años después surgen los primeros problemas por las crisis de M que generaron desconcierto en sus padres, pero que olvidaron hasta su reaparición tres meses antes de nuestra intervención. Como novedad en estos nuevos episodios, M hablaba con voz de hombre desplegando una fuerza inusitada para su edad.

Atribuyen dichos sucesos a una serie de rumores que corren por la ciudad y que, entre otros contenidos ofensivos, propagan que la niña no es suya; estos rumores se producen desde hace dos años y de todo lo hasta ahora narrado ofrecen la siguiente explicación: El equipo que realizó la inseminación artificial se habría vendido al donante de semen, un hombre rico y elegante, parapsicólogo y jefe de una secta. Este hombre en unión del ginecólogo, encargado de identificar a la niña, era quien acudía al colegio con intención de recuperar a su hija. Estas visitas serían el origen de la crisis de M.

El matrimonio formado por MA y C, cómplices de los anteriores, habrían propagado los rumores ejerciendo además labores de vigilancia, tanto en la ciudad como en el camping; para ello se basaban en que MA y un hermano de H habrían grabado el parto en video (parece ser que tanto el proceso de inseminación como el parto fueron grabados por el equipo médico con fines científico-divulgativos).

Por todo ello, presas del pánico y la angustia por la posibilidad de perder a su hija, organizaron una reunión con el fin de solucionar sus problemas; a ella acudieron C y el "jefe de la secta" (se trataba en realidad de MA), quien ejerció poderes sobre ellos, que H explica como visiones del resto de asistentes con caras y voces de cocodrilos y lagartos, notando que sus pensamientos eran influidos por telepatía e hipnosis; notablemente alterados, abandonaron el lugar. MA y C por su parte, relataban una reunión que les fué solicitada por motivos de administración del camping encontrándose con la situación descrita, que lógicamente no supieron resolver a gusto de H y E; aunque ante la insistencia de éstos, se vieron obligados a realizar una visita al hermano de H que aseguró no saber nada del parto, ni del video y negó conocer a MA.

Como dato curioso MA y H habían bailado en una ocasión en las fiestas de un pueblo vecino, pero veinte años atrás sin que hubieran tenido más contacto directo.

Exploración:

Mediante entrevistas por separado, además del relato por parte de ambos de lo que antecede se obtiene lo siguiente:

H, de 41 años, sus labores, estudios primarios; no refiere antecedentes patológicos de interés, consciente, orientada, colaboradora y abordable, no detectamos trastornos de memoria y atención. Espontáneamente se lanza a un relato torrencial con abundante gesticulación e inflexiones de voz y otras reacciones coherentes con el relato; subjetivamente impresiona de histrionismo. Su lenguaje es correcto, concreto, sin pérdida de asociaciones; no refiere otros temas delirantes, ni refiere trastornos de la sensopercepción, salvo los que ocurrieron exclusivamente en presencia de sus "perseguidores". Se muestra firmemente convencida de su relato aumentando su expresividad emocional al tratar de confrontarlo con otras posibles interpretaciones.

Refiere insomnio de conciliación que aumenta sus temores, en particular si su esposo trabaja de noche.

E, 40 años, soldador en una empresa en la que comenzó de aprendiz; estudios primarios,

refiere meningitis en su infancia, que al parecer curó sin secuelas y esterilidad de la que no conoce la causa, como únicos antecedentes.

De su exploración se desprende, si cabe, una mayor normalidad ya que, salvo el relato referido, no ha sufrido los fenómenos perceptivos de H por ser -manifiesta- más fuerte y despreocupado. No obstante se muestra evasivo y reticente y tras mantenerse firme en su convicción, termina, tras un periodo de mutismo, por aceptar que él generalmente se encuentra trabajando y la mayoría de los datos le han sido aportados por su esposa y amiga: le cuesta dudar de ella y está seguro de que el hombre rico suplantó la personalidad de MA además de haber percibido los rumores en su empresa.

Niegan ambos consumo de drogas y alcohol y otros antecedentes psiquiátricos conocidos, resaltando estar más unidos que nunca ante éstas dificultades que han alterado la tranquilidad familiar.

M no pudo ser explorada dado su mutismo inicial transformado en intenso llanto posterior.

Información adicional:

Tratando de reunir antecedentes fiables para completar la historia clínica, enfocar el tratamiento de ambos y enfocar además la situación de M, por si fuera necesaria por el Juez la adopción de medidas tendentes a modificar la patria potestad y la guarda y custodia de la niña, logramos los siguientes datos: la familia de H se negó a colaborar puesto que desde el episodio del video no mantenían relaciones; la familia de E no acudió a las citaciones aunque sí posteriormente, como luego veremos; del ambiente vecinal y laboral se obtuvo la información de que eran considerados individuos muy normales: reservados pero buenos vecinos, con escasas relaciones y volcados en su hija; H fue descrita como muy nerviosa pero buena chica y E era considerado como buen operario sin conflictos laborales ni con los compañeros aunque mantenía escasas relaciones con ellos, pues no le gustaba alternar y mostrándose reservado.

Resolución:

Convencidos de estar ante un trastorno delirante compartido (Folie à deux) y de que H era el miembro más gravemente enfermo y por tanto el inductor, se informó al Juez de la necesidad de un ingreso hospitalario, probablemente forzoso. Nuestra pareja no entendía cómo "otros" eran los culpables y ellos los considerados enfermos, por lo que comenzaron sus resistencias e inconvenientes; en particular, E ya que H aceptó de manera relativamente rápida nuestro argumento de que sin entrar a discutir la situación su sufrimiento podría ser aliviado. Finalmente E aceptó ingresar, voluntariamente, a su esposa negándose a ser tratado él (recordemos que era más fuerte y despreocupado) y a ser considerado como un enfermo.

Días después de éste ingreso irrumpieron en nuestra consulta dos ancianos, padres de E, que nos amenazaban de muerte acusándonos de ser aliados de la secta contra los pobres y haber

encerrado a su nuera.

Al parecer H mejora rápidamente y es dada de alta hospitalaria con sujeción a revisiones periódicas.

Transcurrido un año desde nuestra intervención inicial acude a la consulta E quien totalmente desencajado y amenazante nos hace responsables si se agrava la depresión que padece su esposa y que viene siendo tratada por un psiquiatra privado. Puestos en contacto con éste especialista, confirma la realidad del síndrome depresivo y asegura su total desconocimiento de lo aquí referido.

Así las cosas y transcurrido un año desde los hechos nos planteamos que quizá no fueran como parecían: existía la posibilidad de una folie à quatre; la actitud global de E terminó por desconcertarnos, el cuadro depresivo que no ofrecía dudas a un especialista junto a la ocultación de éste episodio daba lugar a varias preguntas y al reconocimiento de algunos errores en nuestro planteamiento inicial... todo ello cuando los pacientes no nos eran accesibles y aún nos era más difícil reunir aquellos antecedentes de los que carecíamos para tratar de establecer sus personalidades previas, evolución psicopatológica y biográfica, etc. Por ello este trabajo: para mediante éstas y otras preguntas y algunas, pocas, certezas realizar un repaso bibliográfico sobre éste trastorno.

1) Conocemos el delirio y al menos, en parte, su duración (¿dos años?). Se trata de un delirio único y biográficamente comprensible, dotado de cierta verosimilitud; es un delirio sistemático que polariza la vida psíquica con conservación del resto del psiquismo y pautas sociales. Por último podemos considerarlo fruto de un desarrollo puesto que sus orígenes conocidos y la temática delirante parecen estar relacionados (aunque desconocemos las personalidades previas sobre las que asienta). A. Bulbena, citando a Mc.Kinon y Michels, 1973, señala como factores de tensión que pueden precipitar el delirio: a) La pérdida real, imaginaria ó temida de objetos de afecto: ¿su hija?, y lo relaciona con fracasos de adaptación que generan pérdidas de autoestima: ¿culpabilidad religiosa, culpas ó complejos de infertilidad? y b) Situaciones que obligan al sujeto a someterse pasivamente a un asalto real ó imaginario: ¿intervención de inseminación?, ¿grabación en video?. Cameron 1966, citado por el mismo autor establece factores similares entre otros.

De otro lado, tratándose de una pequeña ciudad, podría haber transcendido la infertilidad de la pareja y por consiguiente ciertos rumores que habrían sido posteriormente exagerados por los pacientes, cumpliéndose así el principio de que los delirios paranoides toman su origen en acontecimientos de la propia biografía del delirante.

Siguiendo a H.Ey podemos contemplar éste delirio como expresión de la retracción-expansión del yo delirante ya que coexisten sentimientos de persecución y amenaza junto a sentimientos de ser centro de interés (conspiración organizada, personajes influyentes, etc).

2) Conocemos que el delirio es compartido por ambos miembros de la pareja y creemos que cumple las condiciones de definición de Helene Deutsch y A. Gralnick: transferencia de ideas y/o conductas delirantes de una persona psíquicamente enferma a otra psíquicamente sana, ambas íntimamente relacionadas, que acepta el sistema delirante y lo incorpora a su propia conciencia.

Resultan igualmente pertinentes las conclusiones de Lasege y Falret, 1877, sobre las condiciones en que la folie à deux se producen: el individuo inducido NO es psíquicamente sano; el inductor, individuo activo, más inteligente y dominante impone progresivamente su delirio al otro que a su vez actúa, introduciendo factores psíquicos propios, sobre el delirio para hacerlo de alguna manera más presentable; ambos individuos deben vivir juntos mucho tiempo compartiendo el modo de existencia y los mismos intereses, sentimientos, terrores y esperanzas, aislados de influencias externas; por último el delirio debe presentar un aspecto verosímil que descansa sobre hechos acaecidos en el pasado o sobre temores y esperanzas concebidas para el porvenir.

Estas condiciones que encontramos en el presente caso, no evitan sin embargo las siguientes preguntas: ¿cual es la dirección del delirio?, ¿quién es el inductor y quién es el inducido?: pese a nuestra certeza inicial sobre H, la presencia del mismo delirio en sus padres (Folie à quatre), la toma (¿mantenimiento?) de posición de E un año después, bien podrían sugerir lo contrario, así como la existencia de una predisposición familiar y una personalidad predispuesta en E, aunque como sabemos este tipo de delirios son contagiosos y pueden propagarse en cualquier dirección.

El inductor es descrito como realmente fácil de diagnosticar (sólo, entregado a sus instintos, tiene el deseo, el gusto, de exponer las ideas que le obsesionan; Crespo y Onrubia); el inducido (cómplice involuntario e inconsciente) con sus convicciones semimotivadas, menos inquebrantables, resulta más complicado. A simple vista esto señalaría a H, sin embargo sabemos que mejoró rápidamente y aunque su delirio era menos verosímil en conjunto, la verosimilitud es condición imprescindible para la transferencia del delirio ("lo torna comunicable", Crespo y Onrubia).

En el caso de matrimonios la patología es descrita (A.Gralnick) como más frecuente en mujeres, más pasivas culturalmente y por tanto más sugestionables y permeables a la identificación de doble sentido que se da en el matrimonio y que facilita la transferencia de ideas delirantes: H nos impresionó de histriónica y era descrita como nerviosa ¿sugiere esto dependencia, pasividad y vulnerabilidad psíquica de la vertiente neurótica?: un año después había cambiado de patología, mientras que E se mantenía en una posición similar.

A la vista de las preguntas anteriores no nos resulta posible establecer de manera indubitada el subtipo de Folie à deux: impuesta (de enfermo a sano), simultánea (dos individuos predispuestos con desarrollo simultáneo), comunicada (similar a la impuesta pero con autonomía posterior del inducido) ó inducida (cambio del delirio en un psicótico por influencia de otro psicótico), aunque prácticamente descartamos las dos últimas, dada la mejoría de H tras la separación y tratamiento y porque dudamos de que dos psicóticos previos hubieran sido admitidos en un programa de inseminación.

3) Considerar a E como inductor, y a la vista de su mayor normalidad, nos da pie a revisar dos nuevos aspectos: que se trate de la ocultación de un delirio ("como un silencio nacido del temor o del pudor, origen último de todas las máscaras" F.Colina) ó que se trate de una psicosis actuante ó centrífuga (Arieti), en la que un individuo logre alterar el medio circundante según sus excéntricos deseos y creencias sin desarrollar él síntomas visibles.

4) Quedan, por último, dos aspectos que queremos analizar: en cuanto a la depresión que

padecía H podemos atenernos al concepto incluido en la CIE 10 respecto al Trastorno por ideas delirantes: pueden presentarse síntomas depresivos de manera intermitente o un cuadro depresivo completo, siempre y cuando las ideas delirantes no coincidan con las alteraciones del estado de ánimo.

Además no todos los autores aceptan como parte del tratamiento de los miembros de la pareja la separación y se describen cuadros depresivos tras la misma, que supone privar al inducido del marco de referencia que para él supone el delirio y el inductor (Ascher); Crespo y Onrubia señalan esta separación como fuente de intensa angustia en ocasiones.

Analizaremos, para terminar, las experiencias de telepatía, visiones, etc...referidas por H: su simple descripción puede sugerir el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, cuadro citado como más frecuente en ésta patología, en especial referido al inductor con menor homogeneidad clínica de los inducidos (A.Bulbena y otros), sin embargo éstos fenómenos no son constantes y ocurren solamente en presencia de los "otros" (aunque pudiera haber ocultación, no parece el caso de H). La existencia ó no de alucinaciones y fenómenos de automatismo mental ha sido clásicamente objeto de discusión; recordemos que no era admitido por Kraepelin, pero sí por Bleuler; no obstante son admitidas en el DSM-III-R siempre que no sean predominantes; similar concepto mantiene la CIE 10.

Ey las describe como interpretaciones delirantes en el trabajo de elaboración del delirio, falseando percepciones pasadas por el prisma del delirio y serían, pues, necesarias dentro del trabajo de interpretación que el delirante realiza.

Cabe aún otro punto de vista, por la situación de temor y angustia en que ocurren y porque no surgen en el vacío en el espacio exterior, ni en la mente del paciente sino sobre objetos reales que aparecen deformados; cabe diagnóstico diferencial con las ilusiones patológicas catatímicas descritas como visiones de caras terroríficas y figuras extravagantes en un marco de intensa angustia y agitación y en íntima dependencia del estado emocional (C.Gasto); son características de histéricos graves y se prestan a confusión con las percepciones delirantes de los esquizofrénicos. De aceptarse éste criterio, podrían ser entendidas como la parte que el inducido introduce en el delirio que le es transferido.

La edad de comienzo, la claridad del sensorio, la buena adaptación al medio, la ausencia de síntomas disociativos y de trastornos senso-perceptivos prominentes junto con la congruencia afectiva, están en contra del diagnóstico de esquizofrenia y sugieren como trastorno de base una paranoia clásica, trastorno delirante del DSM-III-R, trastorno de ideas delirantes de la CIE 10.

La escasez de trastornos perceptivos y la constancia del delirio, sistematizado además, lo diferencian de las parafrenias (delirios fantásticos).

BIBLIOGRAFIA:

- J.VALLEJO RUILOBA, "Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría". Ed.Salvat 3ª edición, 1991.
 F.COLINA, "Sobre la ocultación del delirio". Rev.Psiquiatría Pública. Vol.5 nº8. Noviembre-Diciembre 1993.
 H.EY, P.BERNARD y CH.BRISSET. Tratado de Psiquiatría. Ed.Masson 8ª edición, 1989.
 J.TALBOTT, R.HALES y S.YUDOFKY. Tratado de Psiquiatría. Ed.Ancora 1989.
 L.CRESPO y G.ONRUBIA. "La folie à deux". Edición de Rhône-Poulenc Farma. 1982-1983
 CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. OMS 1992.
 DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed.Masson. 1989.